

**Modernizar el Expediente**

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **F.D.N.** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Numero de Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Padre:** \_\_\_\_\_ **F.D.N.** \_\_\_\_\_

**Numero De Cel:** \_\_\_\_\_ **Numero de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Madre:** \_\_\_\_\_ **F.D.N.** \_\_\_\_\_

**Numer De Cel:** \_\_\_\_\_ **Numero de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia :** \_\_\_\_\_ **Relacion:** \_\_\_\_\_

**Numero de Tel:** \_\_\_\_\_

**Raza de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Origen Ethnico:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje:** \_\_\_\_\_ **Orden de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Farmacia Preferida:** \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_

**Firma :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_